

WNIOSEK W SPRAWIE WYDANIA ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nr sprawy Skarżysko-Kamienna, dnia.....

Imię i nazwisko dziecka.....

Nr PESEL dziecka /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../

Data i miejsce urodzenia dziecka /.../.../.../.../.../.../.../ r.

Rodzaj i numer dokumentu tożsamości dziecka

Adres stałego zameldowania dziecka.....

Adres pobytu dziecka (wypełnić jeżeli jest inny niż adres zameldowania).....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego dziecka /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../

Nr i seria dowodu osobistego przedstawiciela ustawowego dziecka. /.../.../.../ /.../.../.../.../.../.../.../

Adres stałego zameldowania przedstawiciela ustawowego dziecka.....

Nr tel.....

Do Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Skarżysku - Kamiennej

Zwracam się z prośbą o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla celów*:

- ▲ uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- ▲ uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego,
- ▲ zamieszkania w oddzielnym pokoju,
- ▲ uzyskania urlopu wychowawczego w dodatkowym wymiarze,
- ▲ korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów,
- ▲ inne (jakie).....

OŚWIADCZAM, ŻE:

- 1) dziecka pobiera / pobierało* zasiłek pielęgnacyjny,
- 2) składano / nie składano * uprzednio wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności-
kiedy.....
z jakim skutkiem.....
- 3) dziecko może / nie może* przybyć na badanie przedmiotowe (jeżeli nie, to należy do wniosku w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności i zaświadczenia o stanie zdrowia wydanego dla potrzeb powiatowego zespołu załączyć **zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby**)
- 4) w razie stwierdzonej przez zespół orzekający konieczności wykonania badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych lub obserwacji szpitalnych, uzupełniających złożone zaświadczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jestem

świadom/a wymogu ponoszenia kosztów we własnym zakresie.

5) sytuacja społeczna dziecka:

a) rodzina pełna / rodzina niepełna / rodzina zastępcza / dom dziecka / inne*

b) ilość osób w rodzinie: w tym dzieci.....

c) dziecko uczęszcza / nie uczęszcza* do:

przedszkola: ogólnodostępnego / integracyjnego / specjalnego*;

szkoły: ogólnodostępnej / specjalnej*

korzysta / nie korzysta* z nauczania indywidualnego.

d) warunki mieszkaniowe:.....

e) czy dochody wystarczą / nie wystarczą* na zaspokojenie podstawowych potrzeb dziecka

f). czy przedstawiciel ustawowy korzysta / nie korzysta* z systemu pomocy społecznej

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE WE WNIOSKU SĄ ZGODNE ZE STANEM
FAKTYCZNYM I JESTEM ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA ZEZNANIE
NIEPRAWDY LUB JEJ ZATAJENIE.**

**Przedstawiciel ustawowy zgodnie z art. 41 Kodeksu postępowania administracyjnego (j.t. Dz. U. Z 2000 r.
Nr 98, poz. 1071, z późn. zm.) ma obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie
swojego adresu. W razie zaniechania jw. doręczenie pisma pod dotychczasowy adres ma skutek prawny.**

Do wniosku należy załączyć kserokopię (oryginał do wglądu):

- aktualnej dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia: karty informacyjne, historię choroby, zaświadczenia, konsultacje i opinie lekarskie, wyniki badań, opisy zdjęć Rtg, TK, MR, badania i opinie psychologiczne, itd.
- poprzednie orzeczenie (kserokopia)

.....
podpis przedstawiciela ustawowego

niepotrzebne skreślić*